8

Zur Casuistik der Lymphosarcome des Rachens.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der hohen Medizinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Donnerstag, den 28. November 1895,

Mittags $12^1/_2$ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Paul Hübner

aus Herzogswaldau in Schlesien.

Opponenten:

Herr Dr. med. Heinrich Dufhus.
Herr Dr. med. Eberhard Kleffner.
Herr Dr. med. Fritz Roelen.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1895.

Dem Andenken

seiner teuren Eltern

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30590917

Ueber die eigentümliche Geschwulstbildung der Lymphdrüsen, die wir mit dem Namen Lymphosarcom bezeichnen, waren die Anschauungen bis vor kurzer Zeit noch vielfach unklar. Zwar waren schon viele interessante Fälle von Lymphosarcom beschrieben worden, aber weder hatte das Wesen desselben eine genügende Würdigung gefunden, noch waren seine vielgestaltigen und wichtigen Erscheinungsformen je eingehend und zusammenfassend erörtert worden. Erst dem nunmehr verstorbenen Professor Kundrat war es vorbehalten, durch seinen in der Wiener Gesellschaft der Aerzte am 17. März 1893 gehaltenen Vortrag [1]) mehr Aufklärung über diese Erkrankung zu bringen. Früher wurden die Lymphosarcome allgemein den Sarcomen beigezählt. Kundrat führte den Nachweis, dass sie in jeder Beziehung vollständig von diesen zu trennen seien. Er stützte seine Beweisführung auf die Zergliederung von 50 Fällen von Lymphosarcom und beschrieb in prägnanter Weise die regionären Ausgänge und die mannigfachen Details dieser gefürchteten Erkrankung.

Die histologische Beschaffenheit der Lymphosarcome ist seit Jahren bekannt. Sie sind gekennzeichnet durch Anhäufung von lymphoiden Zellen oder etwas grösseren Rundzellen in einem mehr oder weniger reichlichen netzartigen Grundgewebe. Von dem normalen Lymphdrüsengewebe unterscheiden sie sich durch unregelmässige Ausbildung des Reticulums und durch die Menge der oft auch grösseren Zellen. Es ist daher mikroskopisch ihre Ab-

[1]) Wiener klinische Wochenschrift 1893, No. 12 und 13.

grenzung von hypertrophischen Lymphdrüsen, von leukaemischen Tumoren, von multiplen Lymphomen und ebenso auch von Rundzellensarcomen oft sehr schwer.

Bezüglich ihres Ursprunges wies Kundrat besonders darauf hin, dass sie nicht allein von den Lymphdrüsen, sondern häufig auch von den Lymphfollikeln und dem adenoiden Gewebe einzelner Schleimhäute ausgehen. Doch nehmen sie nie von einer Drüse oder einem Follikel ihren Ausgang, sondern immer von einer Gruppe derselben.

Ihre Ausbreitung geschieht äusserst rücksichtslos; sie greifen durch die Kapseln der Drüsen und über die Grenzen der Follikel hinaus, infiltrieren das umgebende Zellgewebe und können so in kurzer Zeit zu gewaltigen Tumoren anwachsen. Früher oder später werden in der Regel auch die benachbarten Drüsen und Drüsengruppen ergriffen, so dass das Lymphosarcom von einer Drüsenregion zur anderen fortschreitet. Nie aber werden zum Unterschiede von Leukaemie und Pseudolenkaemie alle Drüsen des Körpers ergriffen, auch bleiben Leber und Milz meist unverändert.

Das Fortschreiten der Geschwulst in geschlossenen Gewebsmassen geschieht zwar allseitig, aber am schnellsten in lockerem Zellgewebe, besonders im Muskel; der Knochen wird selten und dann nur langsam substituiert. In Schleimhäuten folgt die Infiltration hauptsächlich der Submucosa und nimmt eine flächenhafte Ausbreitung, während die Schleimhaut selbst oder wenigstens ihre oberflächliche Schicht relativ lange erhalten bleibt.

Eigentliche Metastasen, die nur auf dem Wege der Blutbahn zu erklären wären, sind nach Kundrat sehr selten und dann nur vereinzelt. Es kommt dies daher, dass die Blutgefässe vom Lymphosarcom zwar komprimiert und verschlossen, aber nicht durchwuchert werden. Wenn von dem Orte der primären Bildung weit entfernt, Geschwulst-

massen derselben Art sich finden, so sind die Keime derselben doch nicht mit dem Blute, sondern auf dem Wege der Lympfbahn dahin gelangt. Es findet sich dann der Zusammenhang in der Weise gekennzeichnet, dass die dazwischen liegenden Lymphdrüsen, wenn auch nicht erheblich, so doch auch in gleicher Weise affiziert sind.

Am häufigsten tritt das Lymphosarcom im mittleren Lebensalter auf, vom 22.—55. Jahre und zwar doppelt so häufig bei Männern als bei Frauen. Merkwürdig ist, dass gerade kräftige Individuen weit eher als schwächliche von dem Leiden befallen werden.

Vergleicht man die Lymphosarcome bezüglich ihrer regionären Ausgänge und verschiedenen Localisationen, so ergiebt sich, dass für den Arzt das Lymphosarcom des Rachens unstreitig das interessanteste und wichtigste ist, einmal, weil es in seinen Anfangsformen sehr schwer zu erkennen ist, sodann, weil es in seinem Verlaufe ganz aussergewöhnliche Erscheinungen darbietet. Auch diese Erkenntnis verdanken wir vor allem Kundrat, der uns durch seinen Vortrag die ersten wichtigen Aufschlüsse über die genannte Erkrankung gegeben hat.

Nach seiner Darstellung kann das Lymphosarcom des Rachens ausgehen von den Lymphfollikeln und dem adenoiden Gewebe der Rachenschleimhaut; es kann aber auch von den primär erkrankten Tonsillen und den Lymphdrüsen des Halses auf den Rachen übergreifen. Letzteren Vorgang und das rücksichtslose Weiterwuchern der Tumormassen schildert er, wie folgt: „Von ihnen (den jugularen Lymphdrüsen) aus greift das Lymphosarcom nicht selten auf die seitliche Rachenwand, kann unter Vorwölbung oder durch Zapfen, die es zwischen Wirbelsäule und Pharynx einschiebt, Stenosen des Pharynx, selbst einer Choane erzeugen". Es greift auch „auf die Wange, die Schädelbasis über, entlang der Knochen durch die Fissura orbitalis inferior in

die Orbita, durch die Fissura superior in die Schädelhöhle, nach dieser protuberierend grubige Depressionen im Hirn erzeugend."

Diese Form, die von den Halslymphdrüsen ausgeht, ist aber die seltenere und bietet in diagnostischer Beziehung auch keine Schwierigkeiten. Von weit grösserer Wichtigkeit ist für den Arzt die im Rachen primär entstehende Form.

Bezüglich deren Häufigkeit bemerkt Kundrat, dass unter seinen 50 Fällen 7 diesen Ausgang genommen hatten. Auch hier sind häufig die oberen Halsdrüsen affiziert, jedoch erst sekundär. Genauer in diesen Fällen den Ausgang zu bestimmen, ist oft sehr schwer, da die Patienten in den Anfangsstadien der Erkrankung durchaus keine Beschwerden haben und erst zur Beobachtung gelangen, wenn schon mehr oder minder alle Gebilde des weichen Gaumens, die Follikel des Rachens, namentlich an der hinteren und oberen Wand, und des Zungenrückens beteiligt sind. Die Follikel erscheinen dann „vergrössert, härter, protuberierend, zu warzighöckrigen oder zu wulstförmigen und beetartigen Infiltraten ausgewachsen", während bei Infiltration des Rachens von den Halsdrüsen aus die Follikel gar keine auffallenden Veränderungen darbieten.

Wie schon erwähnt, bleibt die Schleimhaut über diesen Infiltraten zunächst noch lange erhalten. Ist sie aber fast vollständig in der Tumormasse untergegangen und entsteht dann an irgend einer Stelle derselben eine Erosion, so kommt es durch Bakterienansiedelung zu Ulcerationen, später zu Vernarbungen und Schrumpfungen, wodurch eine Art Spontanheilung des Tumors zu stande kommen kann.

„Bei allen Lymphosarcomen, bei welchen die Tonsillen und Zungenfollikel beteiligt sind, entsteht ein ganz charakteristisches Bild. Die Tonsillen erscheinen vergrössert, selbst zapfenartig hervortretend, grobhöckerig weiss, die Follikel der Zunge geschwellt oder in Wülste umgewandelt,

sodass der Zungengrund warzighöckrig oder faltigwulstig erscheint, wobei ganz besonders deutlich die Anordnung der Knötchen, Warzen und Wülste in von der Mittellinie des Zungengrundes symmetrisch nach beiden Seiten und vorne ausstrahlenden Reihen hervortritt.“ Dieses Bild ist so prägnant, dass Kundrat allein aus einer herausgeschnittenen Zunge die Diagnose machen konnte.

Nachdem der oft genannte Wiener pathologische Anatom seine Anschauungen und Erfahrungen über die in Frage stehende Geschwulstbildung bekannt gegeben, ist das Lymphosarcom des Rachens auch hinsichtlich seiner klinischen Erscheinungen eingehender studiert und beschrieben worden. So wurde besonders darauf hingewiesen, dass die Erkrankung vielfach nur von einer Rachenhälfte ausgeht und lange auf diese beschränkt bleiben kann. Die Schleimhaut erscheint dann bisweilen nur geschwollen, doch nicht so aufgelockert wie bei einfachem Oedem, von gelblichweisser Farbe, sie ist „lymphatisch infiltriert“. Sie kann auch noch völlig normal erscheinen und dennoch schon eine starke diffuse Infiltration von Rundzellen enthalten. Das einzige Zeichen ihrer Erkrankung ist vielleicht die schnelle Blutung bei Digitaluntersuchung. Wo die Schleimhaut durch strafferes Bindegewebe mit der Unterlage verwachsen ist, wird die Ausbreitung der Infiltration gehemmt, wie an den Choanen. Aehnliche Hindernisse finden sich auch an der hinteren Pharynxwand, so dass Platten, Wülste, Leisten entstehen.

Geradezu charakteristisch für die lymphosarcomatösen Infiltrate des Rachens, die schon etwas grössere Ausdehnung gewonnen haben, ist ihr häufig eintretender geschwüriger Zerfall. Da sie nämlich sehr gefässarm sind, bringen Entzündungserreger in ihnen binnen kurzer Zeit umfängliche Necrosen hervor. An Stelle der Infiltrate sieht man dann ausgedehnte Ulcera mit dickem Belage

und markigen Rändern, die sich bei geeigneter Behandlung bisweilen schnell reinigen und vernarben, unter andern Umständen aber auch lange bestehen und äusserst schmerzhaft sein können. Dieser geschwürige Zerfall kann periodisch auftreten und von Fieber begleitet sein.

Früher oder später beginnt dann in der Regel ein Stadium enormer Wucherung, so dass in wenigen Tagen grosse Tumoren entstehen; aber auch diese können wiederum spontan zurückgehen oder durch Exulceration verschwinden. Immer jedoch treten, wenn auch zuweilen erst nach Monaten, Recidive auf, die gewöhnlich von den Rändern eines vernarbten Geschwüres ausgehen und schliesslich den Tod durch Inanition oder, nachdem sie in die Schädelhöhle vorgedrungen, durch Compression oder Substitution des Gehirns herbeiführen.

An Lymphosarcom des Rachens erkrankte Personen fallen sehr bald, auch wenn ihr Allgemeinbefinden noch ein relativ gutes ist, durch eine grosse Blässe des Gesichtes auf. Die ersten Beschwerden, die ihnen ihr Leiden verursacht, sind meist nur gering und werden wenig beachtet. Manchmal wird Verstopfung der einen Nasenseite, herrührend von einem Tumor im Nasenrachenraume, von ihnen zuerst bemerkt; sonst sind die ersten subjektiven Beschwerden beim Schlingen, Schmerzen im Rachen oder in den Ohren oder das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse. Die Schmerzen nehmen zu und können recht erheblich werden, wenn grössere Infiltrate zerfallen, oder wenn die Geschwulstmassen so an Ausdehnung gewonnen haben, das die Respiration und die Nahrungsaufnahme behindert ist. Diese Verhältnisse bedingen dann eine schnell zunehmende Kachexie der Patienten.

Die Diagnose des Lymphosarcoms des Rachens wurde früher immer erst in einem vorgerückten Stadium der Erkrankung mit Hülfe des Mikroskopes oder erst post

mortem oder überhaupt nicht gemacht. So sind eine Anzahl Fälle als Rundzellensarcome oder Granulome beschrieben worden, die nach ihrem Auftreten und Fortschreiten, nach dem Recidivieren und dem wechselnden, gewöhnlich langsamen Verlauf sicher als Lymphosarcome zu erkennen sind. Der Grund dieses Irrtums in der Diagnose lag einmal an der Seltenheit der Erkrankung und daran, dass man von dem primären Vorkommen des Lymphosarcoms im Pharynx überhaupt keine Kenntnis besass. Sodann aber gelangten auch die damit behafteten Patienten meist erst zur Beobachtung, wenn das Neoplasma bereits zur Exulceration gekommen war. Da diese nun wenig Markantes an sich hat, wurde fast immer die Diagnose auf Syphilis gestellt, in einzelnen Fällen wurde auch Tuberculose nicht ausgeschlossen, und wenn der Prozess schon weiter vorgeschritten war, glaubte man ein Carcinom oder Sarcom vor sich zu haben.

Die grosse Aehnlichkeit der Ulcerationen mit syphilitischen brachte es mit sich, dass in vielen Fällen von Lymphosarcom des Rachens die Schmierkur und Jodkali angewandt wurde, nicht nur, wenn der Patient sich früher luetisch inficiert hatte, sondern auch, wenn er dies entschieden leugnete und kein Zeichen einer überstandenen Lues an seinem Körper nachzuweisen war. Die gestellte Diagnose erschien oft noch mehr gesichert, wenn mittels Aetzungen der Geschwüre vorübergehende Besserungen erzielt wurden. Erst wenn nach Wochen und Monaten anstatt eines dauernden Erfolges eine bedeutende Verschlimmerung des Leidens eingetreten war, musste es zweifelhaft erscheinen, ob der Prozess wirklich luetischer Natur sei. Es lag dann nahe, an ein Neoplasma (Carcinom) zu denken, man excidierte an geeigneter Stelle ein Stück des infiltrierten Gewebes, und nun gelang es endlich mit Hülfe des Mikroskopes, die richtige Diagnose zu stellen.

Es sei mir nun gestattet, einige interessante Fälle von Lymphosarcom des Rachens aus der Literatur hier wiederzugeben und einen in der Greifswalder Poliklinik für Halskranke beobachteten Fall anzufügen, um dadurch ein deutlicheres Bild von dem wechselvollen Verlauf und dem variablen Aussehen der Erkrankung zu liefern.

Ein von Dr. Koschier, Assistent an der Wiener laryngologischen Klinik, mitgeteilter Fall ist dadurch interessant, dass zuerst eine Metastase in der Mamma bemerkt, für ein Carcinom gehalten und operiert wurde, während erst $4^1/_2$ Monate später auch durch den Primärtumor Beschwerden verursacht wurden.

Koschier berichtet:[1])

Am 3. Februar d. J. erschien Johanna Hofer, 33 Jahre alt, Wäscherin auf der Klinik mit den Erscheinungen einer hochgradigen Larynxstenose, weswegen sie gleich aufgenommen wurde. Aus der Anamnese ist zu entnehmen, dass Pat. vor 6 Monaten wegen Carcinoma mammae dextrae operiert wurde, seit damals soll sie bis vor 6 Wochen keine Beschwerden gehabt haben, zu welcher Zeit ein heftiger Husten ohne Heiserkeit auftrat, welcher bald nachliess, um einer immer stärker werdenden Atemnot Platz zu machen, so dass sie zum Schlusse genötigt war, das Spital aufzusuchen.

Pat. ist mittelgross, schwach gebaut, schlecht genährt, blass.

In der rechten Mamma sieht man eine lineare Narbe, welche von der Exstirpation des angeblichen Carcinomes herrührt, in der oberen Partie derselben fühlt man einen taubeneigrossen, runden Knoten von ziemlich harter Consistenz, welcher mit der Haut nicht verwachsen und gegen seine Unterlage leicht verschiebbar ist. An der linken

---

[1]) Wiener klinische Wochenschrift 1893, No. 38

Mamma ein ähnlicher faustgrosser Tumor, welcher in der Gegend der etwas eingezogenen Mamilla an der Cutis fixiert, sonst gegen die Umgebung scharf begrenzt ist. Am Sternum ein guldenstückgrosser glatter Knoten, über welchem die Haut gerötet und mit demselben verwachsen erscheint. In der rechten Achselhöhle kann man mehrere infiltrierte Lymphdrüsen fühlen.

Die Auscultation der Lunge ergiebt ausser einigen trockenen Rasselgeräuschen normale Verhältnisse, die Percussion überall hellen vollen Lungenschall, nur über dem Manubrium sterni bis zur Insertion der 3. Rippe gedämpften Schall.

Herztöne etwas dumpf, sonst normal. Herzdämpfung etwas verbreitet.

Bei der Rhinoscopia anterior findet man nichts Abnormes.

Die Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens blass. Beide Tonsillen stark vergrössert, taubeneigross; die rechte zeigt in ihrer unteren Partie eine kraterförmige Bucht mit infiltrierten, zum Teile narbigen Rändern; die Follikel am Zungengrunde beträchtlich verdickt, zum Teile konfluierend. Die hintere Pharynxwand von mehreren länglichen, von unten nach oben parallel verlaufenden Wülsten und oblongen Knoten besetzt, welche etwas über das Niveau der Schleimhaut vortreten. Bei der Rhinoscopia posterior sieht man, dass diese Wülste und Knoten sich bis zur Schädelbasis fortsetzen. Die Choanen sind frei, die Schleimhaut blass. Die hintere obere Fläche des weichen Gaumens von einigen, jenen der hinteren Pharynxwand ähnlichen Knoten besetzt. Der freie Rand des Gaumens, besonders in der Nähe der Uvula, stark verdickt, bei der Phonation träger beweglich; dieses Infiltrat setzt sich auf die Arcus fort und reicht im rechten Arcus palatopharyng. bis zum Sin. pyriformis.

Der Kehlkopf erscheint ebenso wie die Rachengebilde blass. Die Epiglottis stark verdickt, geschwollen, an ihrer Basis, in der Gegend des Petiolus, von einem bis zur Commissur des Stimmbandes reichenden höckerigen Infiltrat besetzt; die aryepiglottischen Falten ödematös geschwollen, an der rechten, gegen den Sinus pyriform. zu, einige pfefferkorngrosse Knoten.

Die Seitenwände des Larynx und die Taschenbänder etwas infiltriert. Die Stimmbänder weiss, grau, glatt, gut beweglich. Unterhalb derselben beiderseits zwei dicke Wülste, welche bei der tiefen Respiration von den ersteren durch eine seichte Furche getrennt erscheinen; dieselben sind vorne stärker ausgebildet, so dass sie eine einige Millimeter schmale Spalte zurücklassen. Die Schleimhaut über diesen Wülsten blassrötlich, glatt. Die Trachea, soweit dieselbe sichtbar, zeigt nichts Abnormes.

Trotzdem die Patientin mit der Diagnose: Carcinoma mammae zu uns auf die Klinik gekommen war, konnten wir nicht umhin, dieselbe zu bezweifeln, da der jetzige Befund mit derselben nicht recht gut stimmte. Infolge dessen beschlossen wir, ein Stück vom Infiltrate im Rachen behufs histologischer Untersuchung zu entfernen. Leider bekam die Patientin noch vor der Probeexcision einen schweren Atemnotanfall, so dass in aller Eile die Tracheotomie vorgenommen werden musste, welche ohne Zwischenfälle verlief. Unmittelbar darauf verspürte Patientin eine geringe Besserung, jedoch noch am Abend desselben Tages (8.) trat unter Collaps der Exitus ein".

Bei der am nächsten Tage vorgenommenen Obduction stellte sich heraus, dass die Diagnose von Carcinom wirklich falsch war. Die Tumoren der Mamma bestanden aus einem harten, am Durchschnitt fast homogenen, succulenten Gewebe, dessen Schnittfläche beim Abstreifen derselben mit dem Messer keinen Saft gab. Die Infiltrate im Rachen

und Larynx zeigten auch dieselbe weisse homogene, fast speckige Masse, welche an einigen Stellen die ganze Schleimhaut und teilweise auch die Submucosa durchsetzend, bis in die Muscularis hinein reichte. Ausserdem fand man ein Infiltrat im Mediastinum, Knötchen an den Pleuren und am Pericard; die oberen jugularen, rechtsseitigen axillaren und mediastinalen Drüsen ebenfalls infiltriert.

Der histologische Befund, den Koschier genauer beschreibt, ergab, dass es sich um ein Lymphosarcom handelte, welches von den lymphatischen Gebilden des Rachens ausgegangen war. Dass die Tumoren an der Mamma und in der Haut nicht primär waren, konnte man daraus ersehen, dass dieselben nur eine sehr geringe Infiltration von lymphoiden Zellen enthielten, während letztere in der Schleimhaut des Rachens weit bedeutender war, mithin also auch älteren Datums sein musste.

Dr. Eisenmenger[1]), Operateur an der Klinik Albert in Wien, teilt 4 Fälle von Lymphosarcom des Rachens mit, von denen der letzte durch seinen seltsamen Verlauf besonders bemerkenswert ist. Der von Eisenmenger sehr ausführlich beschriebene Fall wird von Stoerk[2]) in seiner Arbeit: „Lymphosarcom des Pharynx und Larynx“ kurz wiedergegeben, wie folgt:

„Das Leiden des 43-jährigen Kranken begann 4 Monate vor seiner Aufnahme mit Schmerzen im rechten Ohre, 2 Monate später Schwellung an der rechten Gaumenseite und unter dem rechten Ohre.

Bei der Inspection der Mundhöhle zeigt sich die rechte Hälfte des weichen Gaumens und der Pharynxwand eingenommen von einem Tumor, der nach vorne bis vor die Ebene des Weisheitszahnes reicht; an der diesem letzteren gegenüberliegenden Stelle ist der Tumor exulceriert. Die

[1]) Wiener klinische Wochenschrift 1893, No. 52.

[2]) Wiener klinische Wochenschrift 1894.

Geschwulst drängt die Uvula an den vorderen Gaumenbogen und verschliesst den Aditus ad laryngem bis auf einen ganz schmalen Spalt. Die obere und untere Grenze durch Digitaluntersuchung nicht festzustellen. Wegen Behinderung der Nahrungsaufnahme und fortwährender Erstickungsanfälle Oesophagotomie und Tracheotomie durch Dr. Hochenegg. Grosse Erleichterung.

6 Tage nach der Operation ist der Tumor im Munde verschwunden, 2 Tage später auch die Schwellung aussen am Halse, wenige Tage später konnte der Kranke entlassen werrden; „die Sache war rätselhaft". 10 Monate später stellte sich der Kranke wieder vor, berichtete, dass sich 2 Monate nach seiner Entlassung am Gaumen wieder eine „Blase" gebildet habe, die ein Arzt incidierte; es entleerte sich aber nur Blut, nach 3 Monaten verschwand die Geschwulst. Die in der Klinik vorgenommene Untersuchung des Rachens ergab nichts Abnormes. Unmittelbar nach seiner Rückkehr nach Hause auf's Neue eine Geschwulst. Schlingbeschwerden, Schwerhörigkeit, Neuralgien im Ohre und Hinterkopfe veranlassen den Kranken, genau ein Jahr nach seiner Entlassung abermals das Spital aufzusuchen. Unter dem rechten Unterkieferwinkel eine diffuse, leicht druckempfindliche Geschwulst. Der weiche Gaumen in seiner rechten Hälfte bis vor die Ebene des Weisheitszahnes vorgewölbt. Communication zwischen Mund- und Rachenhöhle auf einen schmalen Spalt reduciert. Die Vorwölbung durch einen ziemlich weichen, elastischen Tumor bedingt, der nirgends scharf begrenzt und vollkommen unverschieblich auf die hintere Pharynxwand übergreift; die obere und untere Grenze mit dem Finger nicht erreichbar. Die laryngoscopische Untersuchung ist sehr erschwert und lässt nur erkennen, dass der Tumor in den Sinus pyriformis hinabzieht; der Larynx ist nicht verdrängt. Excision eines keilförmigen Stückes aus dem lateralen Anteile der

Geschwulst durch Dr. Frank. Die Untersuchung durch Prof. Paltauf ergiebt, dass nur ein kleines Dritteil des Schnittes das neue Bildungsgewebe zeigt, das zumeist aus Rundzellen besteht, die teils ohne besondere Anordnung, teils in einem zarten Reticulum eingelagert sind, teils nicht scharf begrenzte Cylinder, resp. Nester zwischen den einzelnen parallel verlaufenden Gefässen bilden. In den folgenden Tagen an der Excisionsstelle unter heftigen Entzündungserscheinungen eine sich namentlich nach der Tiefe zu ungemein rasch vergrössernde Ulceration; Verkleinerung des Tumors, dessen oberer Anteil nach 14 Tagen ganz geschwunden war. Zunehmende Reinigung mit Vernarbung der Geschwürsfläche, an deren Stelle ein System von unregelmässigen, faltigen Narben tritt. Zunehmende Besserung des Kranken, der von Dr. Schnitzler von seiner Oesophagusfistel befreit wird. 6 Wochen nach der Aufnahme auf Verlangen gebessert entlassen. In der Heimat abermalige rasche Recidive der Geschwulst mit Exulceration, Necrotisierung und Narbenbildung. Wenige Wochen darauf abermals Recidive, diesmal auf beiden Seiten. Exitus letalis."

Stoerk berücksichtigt in seiner oben erwähnten Arbeit besonders die Initial-Stadien der Erkrankung und die Schwierigkeiten der Diagnose. Bezüglich letzterer ist ein Fall interessant, den er zu Anfang seiner Arbeit anführt, und den Prof. Schnitzler im Jahre 1888 in der Wiener Gesellschaft der Aerzte vorstellte:

„Sehr herabgekommener Mann von 48 Jahren, den ich schon früher, gleich nach seiner Ankunft aus Russland zu sehen Gelegenheit hatte. Es war eine halbseitige, grosse, unregelmässige Exulceration an der linken Seite des weichen Gaumens mit Perforation desselben. Ich hielt die Wunde mit den umgestülpten Rändern für einen malignen exulcerierten Tumor, aber den Prozess für nicht syphilitisch.

Der Vortragende Schnitzler hielt den Prozess gleichfalls für einen bösartigen Tumor; unter seiner Beobachtung war der Zustand auch auf die rechte Seite des Rachens übergegangen. Prof. Kaposi und Prof. Neumann hielten von ihrem wissenschaftlichen Standpunkte und ihrer Erfahrung den Prozess für rein syphilitisch. Prof. Billroth sprach sich sehr reserviert für Tuberculose aus.

Schnitzler liess durch Prof. Weichselbaum ein herausgeschnittenes Stück mikroskopisch untersuchen und der erfahrene pathologische Anatom fand weder für Syphilis, noch für Tuberculose nachweisbare mikroskopische Zeichen, ebenso schloss er Carcinom aus und erklärte, es sei ein Sarcom oder eine bisher unbekannte Neubildung."

Unter den übrigen Fällen von Lymphosarcom des Pharynx, die Stoerk teils in seiner Privatpraxis, teils in seiner Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte, sind mehrere, bei denen er selbst die Diagnose auf Lues stellte und lange daran festhielt. Nur ein einziges Mal gelang es ihm in jüngster Zeit, das Lymphosarcom in einem noch frühen Stadium nach blosser Inspection des Rachens sofort zu erkennen. Es war hier noch nicht zur Exulceration gekommen und das Krankheitsbild ganz ähnlich einem früher beobachteten, bei welchem das Mikroskop zur richtigen Diagnose verholfen hatte. Letzteren Fall, als eklatantes Beispiel eines initialen Lymphosarcoms, beschreibt Stoerk folgendermassen:

„Am 6. Juni 1883 kam in mein Ambulatorium Caecilie W., 18 Jahre alt, ledig. Laut ihrer Angabe soll sie vor einem Jahre an Halsschmerzen gelitten haben, über die sie nichts Näheres anzugeben vermochte, da sie bald wieder vergangen sein sollen. Es blieb ihr seit dieser Zeit ein gewisses Unbehagen im Halse und eine, wie sie sich ausdrückte, starke Schleimabsonderung."

Der Status praesens zeigt bei einem sehr gracilen Mädchen auffallend blasse Hautfarbe, die Untersuchung des ganzen Leibes ergab nicht das geringste Zeichen einer vorangegangenen Erkrankung; die physikalische Untersuchung der Lunge zeigte auch nicht die geringste Stelle einer katarrhalischen Erkrankung oder tuberculösen Infiltration. Die Untersuchung des Halses ergab einen ganz auffallenden, von mir früher noch niemals beobachteten Zustand: Angefangen vom weichen Gaumen bis hinunter in den Larynx eine gleichmässige ödematöse Schwellung. Die Bezeichnung „ödematöse Schwellung", die ja gemeinhin als das Resultat einer intensiven akuten Entzündung angesehen wird, passte jedoch auf diesen Krankheitsfall durchaus nicht. Man sah vom weichen Gaumen angefangen, entsprechend den beiden Arkaden beiderseits gleichmässig eine Infiltration, die sich hinab begab bis zum Ligamentum glosso-epiglottideum und an die Falte, welche von der Seitenfläche des Larynx auf den Pharynx überging. Die Epiglottis in demselben Masse infiltriert und verdickt, wie die beiden Arcus, und ebenso war die Infiltration von der Epiglottis auf beide Lig. ary-epiglottica übergegangen. Auch beide Arytaenoideal-Ueberzüge waren infiltriert; ihr Ueberzug ragte kuppenförmig hervor. Normal waren nur die Stimmbänder. Der Zungengrund geschwellt, seine Follikel bedeutend vergrössert. Der Adspect bot eine Infiltration dar, wie man sie mit der Bezeichnung „Oedem" nicht decken konnte; ich habe überhaupt noch niemals eine derartige Infiltration, die ohne jedwede Entzündungserscheinung konstant in demselben Zustande geblieben wäre, beobachtet. Dieser Zustand dauerte bei der Kranken schon länger als ein Jahr, alle angewendeten Mittel, um die Abschwellung zu bewirken, erwiesen sich als fruchtlos; Das Bild, das sich darbot, war ein solches, als ob man eine Hypertrophie in toto des Pharynx und Larynx vor

sich hätte. Bei allen anderen Vermutungen kam mir der Gedanke, ob doch nicht Lues dem Prozesse zu Grunde läge, allein sowohl die Anamnese, als auch die genaue körperliche Untersuchung bot absolut keinen Anhaltspunkt für eine solche Annahme; das Mädchen war eine Virgo intacta und ist laut ihrer Angabe und nach der des sie begleitenden Bruders, der selbst ein Arzt war, niemals irgendwie mit jemandem in nähere Berührung gekommen. Es war daher die Diagnose „Lues" absolut nicht zu halten. Tuberculose war nicht nur durch das Aussehen der Kranken ausgeschlossen, es fehlte auch jeder objektive Anhaltspunkt datür. Das Bild, das der wie ödematös geschwellte Pharynx und Larynx darboten, konnte ich nur als eine lymphatische Infiltration ansehen. Nachdem dieser Fall ein ganzes Jahr in meiner Behandlung gestanden hatte, zeigte ich ihn meinem verstorbenen Freunde Professor Kundrat, der sich gleichfalls dahin aussprach, dass er etwas Aehnliches noch nicht gesehen habe, und da jedwede Entzündungserscheinung ausgeschlossen war, das Infiltrat blaugrau und gelblich sich präsentierte, erklärte er es auch für ein lymphatisches Infiltrat, ohne die veranlassende Ursache zu kennen. Um aber dennoch zu einer genaueren Diagnose zu gelangen, schnitt ich aus dem geschwellten linken Arcus palato-glossus ein Stück heraus, härtete dasselbe und fertigte eine Anzahl von Schnitten an; ich werde später den mikroskopischen Befund bekannt geben. Die Kranke kam im Verlaufe der nächsten 2 Jahre wiederholt in mein Ambulatorium; die linke Arkade war geheilt und zeigte eine Narbe. Später entzog sie sich meiner Beobachtung, und auf meine Erkundigung beim Arzte ihres Heimatsortes erhielt ich die Nachricht, dass die Kranke 2 Jahre später gestorben sei; unter welchen Erscheinungen das letale Ende eingetreten war, ist nicht genau angegeben, er vermute aber an Tuberculose.

Histologischer Befund bei Caecilie W. (Lymphosarcom). Die vorliegenden Stücke der Pharynxschleimhaut zeigen teils ein ganz flaches, nur die oberflächlichen Schichten betreffendes, teils ein weit in die Tiefe, selbst in die Muskulatur eindringendes Infiltrat, hervorgerufen durch ein kleinzelliges, deutlich reticuliertes, lymphatisches Gewebe, in dem stellenweise unter den dicken, verhornten Plattenepithelien grosse Lymphfollikel sich abgrenzen."

Sehr interessant und reich an merkwürdigen Erscheinungen sind die beiden Fälle von Lymphosarcom des Rachens, die Chiari [1]) beobachtet und beschrieben hat. Es würde aber zu weit führen und den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, wollte ich die sehr sorgfältig verfassten Krankengeschichten in ihrer ganzen Ausführlichkeit hier wiedergeben. Es möge daher genügen, wenn das Resumé, das Chiari von den Fällen giebt, hier aufgenommen wird.

I. Fall: „Auftreten flacher Wucherungen im August 1892, welche schnell zum Zerfall neigen und dadurch ein Geschwür veranlassen. Antisyphilitische Mittel ohne Erfolg. Das Geschwür heilt bald. Ende September wieder Zerfall neuer solcher Wucherungen, dasselbe Ende Oktober, Anfang Dezember, Mitte Dezember 1892 und Anfang Januar 1893. Jedem solchen Zerfalle geht einige Zeit voraus die Neubildung von markigen weissen bis haselnussgrossen Knoten oder diffusen Infiltraten an den Gebilden des Rachens. Dann tritt unter heftigen entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung der Knoten Fieber, Uebelbefinden und Schwäche nebst Appetitlosigkeit durch 2 bis 3 Tage auf; daran schliesst sich unmittelbar jauchiger Zerfall einzelner Knoten und die Entstehung eines Geschwüres an ihrer Stelle. Bald reinigt sich das Geschwür, um ganz oder teilweise zu heilen; das allgemeine Befinden

[1]) Wiener klinische Wochenschrift 1895, No. 3, 4, 5 und 6.

wird wieder gut. Einige Infiltrate entschwinden ohne entzündliche Erscheinung.

Nach 2 Monaten geht der Prozess von der rechten Seite des Rachens auf die linke über und entwickelt sich dort hauptsächlich; rechts wird er unbedeutend.

Nach 4 Monaten treten die ersten Drüsenschwellungen unter dem linken Kieferwinkel auf; die Drüsen sind hart, aber beweglich und schmerzlos. Endlich greifen die Tumoren von der hinteren Rachenwand, den Gebilden des Isthmus pharyngis und dem Nasenrachenraum auf den linken Oberkiefer über, erzeugen Facialislähmungen, ergreifen den harten Gaumen und den Mundhöhlenboden, gelangen in die Fossa temporalis, in die Orbita und die Schädelhöhle, woselbst sie die Gehirnrinde substituieren. Sie wachsen immer mehr, zerfallen teilweise jauchig, gehen aber infolge von Erysipel grossenteils zurück, doch nur wenige Tage — dann wachsen sie neuerdings; die Drüsen unter dem linken Kieferwinkel vereitern und mit ihnen ein grosser Teil des Zellgewebes bis zum Larynx herunter. Nach Verlust des linken Bulbus, heftigen Gehirnsymptomen, weiterer Vergrösserung und Verjauchung der Tumoren erfolgt der Tod an Erschöpfung".

II. Fall: „Die ersten Wucherungen zerfallen und bilden ein Geschwür, welches für ein syphilitisches gehalten wird. Antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg.

Später Auskratzung und Arsenbehandlung ohne bleibenden Erfolg, dann weitere Ausbreitung des Tumors local unter derselben Therapie, endlich 12 Monate nach Beginn der Erkrankung fast völliges Schwinden der Tumoren. Dann Pyaemie, ausgehend von dem Zerfallen eines Knotens an der vorderen Fläche der Wirbelsäule. Zu Drüsenschwellungen war es hier noch nicht gekommen, doch war der Tumor schon in die Schädelhöhle (offenbar vom

Cavum pharyngo-nasale aus) eingedrungen wofür die heftigen Kopfschmerzen und die Lähmung der Zunge sprachen".

Der in der Greifswalder Poliklinik für Halskranke beobachtete Fall, der mir durch die Güte des Herrn Professor Dr. Strübing zur Veröffentlichung übergeben wurde, ist durch eine starke Schwellung der Halsdrüsen ausgezeichnet.

Krankengeschichte.

Patient ist der 23 jährige Schäfer Heinrich Schmietendorf aus Roloffshagen, Kreis Grimmen. Sein Vater starb vor 16 Jahren an einer dem Patienten unbekannten Krankheit, ebenso seine 5 Geschwister. Ausser den Masern will Patient früher keine Krankheit gehabt haben. Sein jetziges Leiden begann im Oktober vorigen Jahres, indem ihm, wie er sagt, die Gegend des rechten Ohres und des rechten Oberkiefers anschwoll. Die Geschwulst vergrösserte sich von Tag zu Tag. Eine Salbe die ihm sein Arzt verordnete, war wirkungslos. Bald stellten sich auch heftige Schluckbeschwerden ein, so dass Patient nur noch flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte, sowie Schwerhörigkeit des rechten Ohres. Etwa 14 Tage nach dem ersten Auftreten der Geschwulst begann auch die Inframaxillargegend der rechten Seite anzuschwellen. Das Allgemeinbefinden des Patienten verschlechterte sich; er hatte viel über Kopfschmerzen und Mattigkeit in den Gliedern zu klagen, der Schlaf war sehr schlecht, auch trat wiederholt Nasenbluten auf. Zu Bett lag Patient nur etwa 14 Tage und zwar zu Beginn des Leidens; im November und Dezember verrichtete er, so gut er konnte, seinen Dienst als Schäfer. Da die Geschwulst aber immer grösser wurde und sich schliesslich bis auf die Nackengegend erstreckte, liess er sich am 4. Januar 1895 in die chirurgische Klinik zu Greifswald aufnehmen. Hier wurde ihm am 7. Januar die Geschwulst

(Lymphosarcom) entfernt. 14 Tage nach der Operation begann auch die linke Seite in der Gegend des Ohres anzuschwellen, so dass nach abermals 14 Tagen auch hier ein Tumor entfernt werden musste. Bald darauf bemerkte Patient, dass ihm das Atmen durch die Nase erschwert war. Herr Geheimrat Helferich überwies ihn deshalb der Behandlung des Herrn Professor Strübing, der ihm aus dem Nasenrachenraume Wucherungen entfernte. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Gewebsteile ergab die Anwesenheit eines Lymphosarcoms. Am 15. März wurde Patient aus der chirurgischen Klinik entlassen. Auf der rechten Seite hatte sich ein Tumor von etwa Wallnussgrösse wiedergebildet, auf der linken Seite zeigte sich eine geringe Schwellung. Patient war nur auf einen Tag im stande, seine Arbeit wieder aufzunehmen, am folgenden Tage musste er sich wieder zu Bett legen, da die Recidive auf beiden Seiten sich schnell vergrösserten und dieselben Störungen des Allgemeinbefindens wie zu Anfang auftraten. Am 10. April liess er sich von Herrn Prof. Strübing nochmals untersuchen und wurde auf dessen Veranlassung behufs mehrtägiger Beobachtung in die hiesige medizinische Klinik aufgenommen. Die Untersuchung ergab:

Status praesens.

Patient ist von mittelgrosser Statur, gracilem Knochenbau, dürftiger Muskulatur und geringem Fettpolster. Der rechte Arm ist ausserordentlich viel dünner wie der linke, sowohl im Knochenbau als auch in der Muskulatur. Als Grund hierfür giebt Patient eine ungünstig geheilte Fraktur an, die wiedergebrochen werden musste. Das Gesicht des Kranken ist durch beiderseitige Anschwellungen entstellt. Rechts beginnt die Geschwulst hinter dem Ohre etwa in Höhe des Antihelix und erstreckt sich nach unten bis 2 cm oberhalb der Clavicula. Sie ist durch eine grosse,

tief eingezogene, in nach unten konvexem Bogen verlaufende Narbe, die viele kleine granulierende Stellen zeigt, in einen grösseren oberen und einen kleineren unteren Teil geschieden. Nach vorn überschreitet der Tumor die Ohrmuschel um 4 cm. Unterhalb des Ohrläppchens ist seine stärkste Prominenz, so dass letzteres nach aussen gedrängt erscheint. Unten und medianwärts bleibt er um einen Querfinger von der Protuberantia laryngea zurück. Die Anschwellung der linken Seite ist etwas flacher, im übrigen aber ungefähr von derselben Ausdehnung wie die der rechten Seite. Oben beginnt sie etwa in Höhe des Ansatzes der Ohrmuschel, vorn 6 cm vor dem äusseren Gehörgang, von der Spina mentalis bleibt sie 5cm entfernt. Sie wird ebenfalls durch eine grosse nach unten konvexe Narbe in einen oberen und einen unteren Teil geschieden. Letzterer reicht bis zum oberen Rande des Sternum und überschreitet die Medianlinie, so dass er den oberen Teil der Trachea überlagert und erst vor der rechten Articulatio sternoclavicularis seine Grenze findet. Bei der Palpation zeigen sich die Tumoren ziemlich derb, aber doch elastisch. Eine Lappung ist ausser der durch die erwähnten Narben gegebenen nicht festzustellen. Schmerz empfindet Patient bei der Palpation nicht. Die Achseldrüsen sind wenig, die Inguinal-, Occipital- und Cubital-Drüsen nicht geschwollen. Schmerzen der Knochen und der Milz bestehen nicht. Die Temperatur in der Achselhöhle betrug bei der Aufnahme $37{,}4^{0}$.

Systema nervosum.

Das Bewusstsein ist nicht gestört; der Schlaf ist schlecht. Patient klagt viel über Druck und ziehende Schmerzen im Kopfe. Die Reflexe sind herabgesetzt, Motilitätsstörungen ausser den oben erwähnten des rechten Armes und der durch die Geschwülste verminderten Beweglichkeit des Halses nicht nachzuweisen. Sensibilitäts-

störungen bestehen nicht. Das Gehörsvermögen ist beiderseits herabgesetzt.

Systema respirationis.

Die Atmung durch die Nase ist fast gänzlich ausgeschlossen, die In- und Exspiration infolge dessen sehr geräuschvoll. Es besteht ziemlich hochgradige Atemnot. Der Thorax ist schwach gebaut, die Supra- und Infraclaviculargruben sind eingesunken, der Angulus Ludovici springt etwas hervor. Die Percussion der Lunge ergiebt in der rechten oberen Achselgegend Dämpfung und ist an dieser Stelle schmerzhaft; die Auscultation ergiebt nichts Abnormes. Der Nasenrachenraum ist fast vollständig von Tumoren angefüllt, welche, von unregelmässiger zerklüfteter Oberfläche und von blassroter Farbe, die beiden Choanen verlegen. Die Nasenschleimhaut zeigt beiderseits Rötung und Schwellung, die unteren Muscheln sind sehr gross und berühren fast das Septum.

Die von Herrn Professor Dr. Grawitz vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergiebt folgenden Befund: Die excidierten Gewebsstücke „enthalten reichliche Herde, aus kleinen lymphatischen Rundzellen bestehend, welche von etwas derberem, gefässreichen fibrösen Gewebe umgeben sind. Das Bild entspricht völlig demjenigen, wie es in chronisch-hyperplastischen Lymphdrüsen oder in den weichen kleinzelligen Lymphosarcomen vorkommt".

Da nun diese Gewebsstücke aus einer und zwar schnell wachsenden Geschwulst stammen, so muss dieselbe als Lymphosarcom bezeichnet werden.

Systema circulationis.

Der Herzspitzenstoss ist im 5. linken Intercostalraum etwas unterhalb und einwärts von der Mamilla undeutlich sichtbar und schwach fühlbar. Eine absolute Herzdämpfung ist nicht zu percutieren. Die Herztöne sind schwach, aber

rein. Der Puls ist etwas beschleunigt, seine Frequenz betrug bei der Aufnahme 112 in der Minute, im übrigen ist er voll und kräftig und durchaus regelmässig. Die Untersuchung des Blutes ergiebt einen Hb-Gehalt von 6,2 %. Rote Blutkörperchen sind im cbmm 3140000 vorhanden, weisse Blutkörperchen 12414. Das Verhältnis der roten zu den weissen ist 253 : 1.

Systema digestionis.

Das Gebiss ist leidlich gut erhalten, die Zunge feucht und wenig belegt, der Appetit gering. Feste Speisen vermag Patient nicht zu schlucken. Magenschmerzen bestehen nicht. Das Abdomen ist nirgends schmerzhaft, es ist weich und leicht eindrückbar. Die Leber hat normale Grenzen, ihre Höhe beträgt 12 cm. Die Milz ist nicht deutlich percutierbar. Der Stuhlgang ist regelmässig.

Systema urogenitale.

Der Urin wird ohne Schmerzen und in reichlicher Menge entleert. Er ist von rötlich-gelber Farbe und von saurer Reaktion, sein spezifisches Gewicht beträgt 1024. Eiweiss und Zucker sind in ihm nicht vorhanden.

Diagnose: Lympho-Sarcomatosis.

Prognose: maxime infausta.

Therapie: Sol. arsenic. Fowleri
Aq. Amygd. amar. aa
2 × tgl. 10 Tropfen.

13. IV. Die Temperatur ist meist über 37°, am 11. IV. stieg sie auf 38,7°. Seit gestern erhält der Patient täglich 2× 15 Tropfen der Fowler'schen Lösung. Da keine Aussicht auf Besserung besteht, wird er nach Hause entlassen mit der Anweisung, die Medizin weiter zu nehmen.

Das klinische Bild, welches der Patient bot mit den lymphatischen Tumoren, welche zuerst am Halse auftraten, dann sich auch in der Achselhöhle entwickelten, ist das der typischen Lymphosarcomatosis.

Der Tumor im Nasenrachenraume erweist sich ebenfalls als Lymphosarcom und stellt mit grosser Wahrscheinlichkeit den Ausgangspunkt der Erkrankung dar. Die Momente, welche zu dieser Annahme berechtigen, sind folgende: Es können, wie der Fall Koschier beweist, schon Metastasen vom Lymphosarcom des Rachens ausgehen, wenn dieses selbst noch in einem Stadium der Entwicklung sich befindet, in welchem es durchaus keine Beschwerden verursacht. Sodann pflegt, wenn der Tumor primär in den Lymphdrüsen des Halses entsteht, zuerst die Inframaxillargegend anzuschwellen, während im vorliegenden Falle die Geschwulstbildung in der „Gegend des rechten Ohres und des rechten Oberkiefers“ ihren Anfang nahm. Ausserdem waren die ersten Beschwerden, die der Patient verspürte, Schmerzen beim Schlucken und Schwerhörigkeit, Beschwerden, wie sie schon wiederholt als erste Symptome beim primären Lymphosarcom des Rachens beobachtet worden sind.

Jedenfalls weist der Fall darauf hin, dass es notwendig ist, bei Lymphosarcomen, die zuerst am Halse sich entwickeln, dem lymphatischen Rachenringe besondere Aufmerksamkeit zu schenken und namentlich die lymphatischen Gebilde des Nasenrachenraumes auf die Anwesenheit einer primären Geschwulst zu untersuchen.

Wenn wir uns nun noch die Frage vorlegen, welche Anhaltspunkte vorhanden sind, um das Lymphosarcom von ähnlich aussehenden Erkrankungen des Rachens zu unterscheiden, so werden wir finden, dass die Differentialdiagnose besonders der Anfangsformen oft sehr schwierig ist. So dürfte nach Chiari[1]) die Abgrenzung gegen entzündliche Hypertrophie und fibrösen Tumor der Mandel, sowie gegen einfache ulceröse Tonsillitis nur durch Beobachtung des Verlaufes möglich sein. Von dem syphilitischen Geschwüre

[1]) Wiener klin. Wochenschrift 1895, No. 6.

der hinteren Rachenwand unterscheidet sich das lymphosarcomatöse Geschwür durch die gelblichen, markigen Infiltrate des Randes und seine unregelmässige Form; auch ex iuvantibus gelingt hier die Abgrenzung, aber natürlich nicht sogleich. Die diffuse klein gummöse Form der Rachensyphilis zeigt über die ganze ergriffene Partie hin überall zahlreiche, dicht stehende, teils noch mit Epithel bedeckte Knötchen oder Höcker, teils Geschwüre bis zu Linsengrösse; bei der Lymphosarcomatosis sieht man dagegen eine grosse Geschwürsfläche (öfters mit missfärbigem Secrete und Gewebsfetzen belegt), deren Ränder markig infiltriert sind; doch kommen auch im Geschwüre selbst noch markige Infiltrate von verschiedener Grösse und ganz unregelmässig zerstreut vor, nie aber eine solche gleichmässige Verteilung der Geschwüre und Knoten wie bei Syphilis. Tuberculöse ausgebreitete Ulcerationen charakterisiert hinlänglich der buchtige, gezackte Geschwürsrand mit den miliaren Knötchen der Umgebung. Natürlich wird in allen Fällen die Anamnese, die genaue Untersuchung der Lungen und eventuell des Sputums, die Beobachtung des Verlaufes mit seinen eigentümlichen, gelegentlich periodischen Phasen des Heilens und Recidivierens, die Unwirksamkeit der antisyphilitischen Therapie und endlich die histologische Untersuchung exstirpierter Teilchen des Geschwürsrandes noch sichere Anhaltspunkte geben.

Gegen Sarcome und Carcinome gelingt es eher, das Lymphosarcom abzugrenzen. Vor allem kommt es bei den ersteren gewöhnlich zu einer Bildung von rundlichen Tumoren, seltener zu flächenartiger Ausbreitung. Beim Carcinom kann wohl auch eine solche stattfinden, aber das durch den teilweisen Zerfall entstehende Geschwür zeigt die bekannten blumenkohlähnlichen Wucherungen des Randes und Grundes. Ferner kommen vorübergehende Heilungen bei beiden Formen des Neoplasmas kaum vor.

Die Therapie der Lymphosarcomatosis pharyngis erweist sich ziemlich machtlos. Auch in den Fällen, wo eine radikale Operation noch möglich ist, treten doch früher oder später Recidive auf, weshalb von den meisten Autoren von einer Exstirpation gänzlich abgeraten wird. Sitzen die Geschwulstmassen im Nasenrachenraume, so treten ausserdem bei ihrer Entfernung so profuse Blutungen auf, dass die Gefahr vorliegt, die ohnehin anämischen Patienten an der Blutung zu verlieren. Das Stillen der Blutung ist nahezu unmöglich, da die Gefässe mit denen der Schädelbasis so vielfach kommunizieren, dass wahre Hämorrhagien entstehen. Stoerk macht besonders auf diese Verhältnisse aufmerksam und erwähnt einen Fall, bei dem es ihm nur mit grösster Mühe gelang, mittels Jodoformgaze und Kolophonium und fester mechanischer Austamponierung die Blutung zum Stehen zu bringen. Operationen zur Beseitigung der Suffocations-Gefahr oder wegen Unmöglichkeit zu schlingen sind natürlich auszuführen. Kleinere Eingriffe wie Auskratzungen, Zerstörung der Wucherungen durch Galvanokaustik oder Elektrolyse bringen vielfach Erleichterung, zumal sich oft eine ausgiebige Rückbildung der Tumormassen durch Exulceration daran anschliesst. Iniectionen von Arsenlösungen, Ueberosmiumsäure oder Pyoctanin wirken manchmal auch in ähnlicher Weise. Ausserdem ist in allen Fällen der innerliche Gebrauch von Arsen zu versuchen, der schon öfter Rückbildung der Infiltrate bewirkt hat. Jedoch, wie schon erwähnt, ist jede Besserung nur vorübergehend, immer treten Recidive auf, und der Ausgang ist immer derselbe. Mit Recht sagt Kundrat am Schlusse seiner Abhandlung: „So stellt sich die Lymphosarcomatosis als eine der bösartigsten Erkrankungen dar, selbst bösartiger wie Sarcom und Carcinom, für den Arzt ein wahres „Noli me tangere“.

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Fflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Strübing, für die freundliche Ueberweisung des Themas und die Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Paul Hübner, Sohn des verstorbenen Tischlermeisters Josef Hübner und seiner gleichfalls verstorbenen Ehefrau Theresia, geb. Hansch, katholischer Konfession, wurde geboren am 8. September 1869 zu Herzogswaldau, Kreis Bunzlau in Schlesien. Den ersten Unterricht erhielt er in der Elementarschule seines Heimatsortes, später besuchte er die Schule zu Schönfeld bei Bunzlau. Längere Zeit privatim vorbereitet, wurde er im Oktober 1885 in die Untertertia des Königlichen Gymnasiums zu Sagan aufgenommen. Seit Ostern 1887 besuchte er das Matthias-Gymnasium zu Breslau, wo er Ostern 1891 das Zeugnis der Reife erhielt. Er bezog darauf die Universität Greifswald, um Medizin zu studieren. Im Februar 1893 bestand er die ärztliche Vorprüfung und genügte im folgenden Sommer-Halbjahr seiner Militärpflicht beim III. Bataillon des Infanterie-Regiments „Prinz Moritz von Anhalt-Dessau“ (5. Pomm.) No. 42. Das Tentamen medicum bestand er am 26. Juli, das Examen rigorosum am 1. August 1895.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

Arndt, Ballowitz, Gerstaecker, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Holtz, Krabler, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, O. Schirmer, Schmitz †, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigen Dank aus.

Thesen.

I.

Es ist zu erstreben, dass jeder Arzt mit den Methoden zur Untersuchung der oberen Luftwege (Rhino-Laryngoscopie u. s. w.) ebenso vertraut gemacht werde, wie mit den Methoden zur Untersuchung der Bronchien und Lungen.

II.

Bei Lymphosarcomen, welche zuerst am Halse auftreten, ist der lymphatische Rachenring auf die eventuelle Anwesenheit einer primären Geschwulst zu untersuchen.

III.

Die Plätschergeräusche des Magens sind für die Diagnöse der Gastrectasie nicht zu verwerten.